



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2011

L'épaisseur des vies sociales. A propos du dépistage de la tuberculose

Kehr, J

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-56986>

Book Section

Published Version

Originally published at:

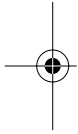
Kehr, J (2011). L'épaisseur des vies sociales. A propos du dépistage de la tuberculose. In: Vailly, J; Kehr, J; Niewöhner, J. De la vie biologique à la vie sociale : approches sociologiques et anthropologiques. Paris, FR: La Découverte, 268-297.



L'épaisseur des vies sociales.
À propos du dépistage de la tuberculose

Janina Kehr

LA VOLONTÉ DE TRANSPARENCE



En France aujourd'hui, ainsi que dans d'autres pays d'Europe, la principale mesure préventive de lutte contre la tuberculose est le dépistage. Le dépistage est une « intervention de santé qui vise à diagnostiquer une maladie ou un facteur de risque chez des personnes qui bénéficieront d'une prise en charge médicale [...] avant qu'elles ne recourent spontanément au système de santé » [Comité national d'élaboration du programme de lutte contre la tuberculose, 2007, p. 23]. Bien que la définition du dépistage soit contemporaine, le dépistage est loin d'être une stratégie préventive nouvelle. Il a été pratiqué massivement en Europe dès l'Entre-deux-guerres dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose.

L'enquête autour d'un cas, c'est-à-dire la recherche de personnes infectées par la tuberculose dans l'entourage social d'un malade, est la forme la plus importante du dépistage de cette maladie¹. Ces enquêtes ont été mises en place au début du



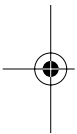
1. La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire, ce qui signifie en pratique que chaque nouveau cas de tuberculose doit être signalé aux centres de lutte anti tuberculose pour leur permettre de débiter une enquête autour d'un cas. Les cas doivent également être déclarés à l'Institut de veille sanitaire (InVS) par le biais des directions départementales d'action sanitaire et sociale (DDASS).





XX^e siècle dans les « dispensaires » – devenus les Centres de lutte antituberculeuse (CLAT) d'aujourd'hui. Les dispensaires ont joué un rôle primordial dans la pratique des enquêtes, par leur nombre et par les interventions d'un type nouveau que ses agents – infirmières visiteuses, enquêteurs, moniteurs et médecins spécialisés – mettaient en œuvre : *aller chercher* le malade, le *dépister* lors d'une enquête sociale, au lieu d'attendre qu'il ne se présente dans la structure de santé publique [Guillaume, 1986, p. 187]. Les enquêtes de dépistage étaient prioritairement fondées sur l'observation des personnes malades et de leur entourage social. Ainsi, les malades et leur famille devaient être intégrés à un large réseau d'aide, de surveillance et d'encadrement [Barnes, 1995, p. 103]. Le dépistage de la tuberculose fut ainsi une des premières actions proactives contre la propagation des maladies infectieuses, à un moment de l'histoire où les traitements antibiotiques n'étaient pas encore disponibles.

Lors de leurs enquêtes, les agents des dispensaires soumettaient les vies sociales – tant familiale que professionnelle – des personnes malades au regard de la santé publique, élargissant considérablement son champ d'action et sa sphère d'influence, comme le souligne David Armstrong dans son livre, *Political Anatomy of the Body* : « Au début du XX^e siècle, le regard du dispensaire transformait l'espace physique entre les corps individuels en un espace social » [1983, p. 114]. Cette objectivation des vies sociales par ce qu'Armstrong a nommé le « regard du dispensaire » poussait encore plus loin le regard clinique décrit par Michel Foucault : au début du XX^e siècle, le dispositif disciplinaire, avec les dispensaires en première ligne, commençait à ne plus agir seulement sur les *corps biologiques*, mais également sur les *relations sociales* [Armstrong, p. 6]. Le dispensaire, ainsi conçu, était un « mécanisme de pouvoir » qui avait comme fonction « avant tout », comme le dit Armstrong, de rendre visibles et contrôlables les interactions et les conduites de toute sorte de gens, « normaux et anormaux », en transformant l'espace physique entre les corps en un *espace social* connaissable et objectivable par des pratiques administratives et statistiques – compter, évaluer, suivre, enregistrer, coordonner – et transformable par des actions sociales. Ainsi, une sphère autonome de l'action sanitaire étatique au début du XX^e siècle était née : « le social ».





Nikolas Rose [1999] développe dans le cadre d'une histoire plus générale de l'État providence un argument comparable. Rose part d'une analyse des « pensées et actions » rendant possible la naissance du social dans les États-nations européens et états-unien à la fin du XIX^e siècle. Il soutient que le travail caritatif et moral de médecins, de professeurs, de philanthropes et de la police – donnant lieu à des cartographies statistiques de plus en plus sophistiquées – était à l'origine de la transformation de personnes ciblées en *populations cibles*, avec des caractéristiques bien spécifiques, progressivement recensées sous le registre « du social » – *les travailleurs, les pauvres et les malades*². C'est là que Rose situe l'émergence d'une nouvelle définition du social ayant ses propres experts, dont les médecins, les infirmières et les philanthropes, mais également les sociologues. Pour Rose, en effet le social nouvellement né devenait « une dimension du territoire national, qui formait, modelait et même déterminait les caractéristiques et les caractères des individus » [Rose, 1999, p. 114]. Autrement dit, le social décidait de la façon dont l'individu vivait dans une société donnée, cette société étant imaginée comme un espace national : le travailleur se comportait comme ceci, le pauvre vivait comme cela, et le malade souffrait ainsi. En bref, le social déterminait l'individu et le façonnait tel qu'il était et allait devenir. En conséquence, le social devenait l'espace problématique dans lequel toute une série de questions et de combats autour de la vie, de la conduite, du pouvoir et de l'autorité devaient être posées. Ces questions situées classiquement en dehors de l'appareil politique sont devenues intrinsèquement politiques à cette époque où l'on a voulu « gouverner d'un point de vue social », ainsi que le décrit Rose en évoquant la mise en place en Europe d'États providence ayant notamment pour rôle d'agir contre les maladies.

Armstrong et Rose ont développé un argument devenu très important pour l'étude sociologique de la santé. À partir de leur « cas d'étude » – le dispensaire et l'État providence – ils estiment que ce lien entre le social et le politique s'est matérialisé dans les interventions étatiques et caritatives autour des questions de santé

2. Rose attribue le succès de la catégorie du social en grande partie à la montée en puissance de la documentation statistique à la fin du XIX^e siècle, qui avait « découvert » la population comme objet de savoir et cible d'intervention pour les réformes et la prévention [1999, p. 113].

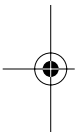




et de maladie, en ciblant et en contrôlant de plus en plus certaines populations bien identifiées et présentes sur le territoire national à la fin du XIX^e siècle – surtout les ouvriers et les malades *pauvres*. La lutte contre la tuberculose représentait un domaine très concret et puissant où ce lien pouvait se construire. En ce qui concerne cette maladie, le gouvernement des malades pauvres a été progressivement mis en place par le biais d'un assistanat économique, à travers les bons de repas et les aides au logement. Mais comme le montre Armstrong, cette assistance allait de pair avec une politique de prévention visant à envahir et coloniser l'espace des relations sociales à travers des actions de dépistage, de suivi, d'éducation et de contrôle des malades et de leur famille. Il existait alors une dimension de contrôle et d'inquisition dans les actions menées par les agents des dispensaires, rendue possible par le regard du dispensaire qui pénétrait les « interstices sociaux », radiographiait le « corps social » et surveillait les vies en société.

Dans leurs travaux, Rose et Armstrong mettent en évidence plusieurs dimensions fondamentales de la conception du « social » tout au long du XX^e siècle, et avant tout le social comme catégorie de savoir et de gouvernement de la vie. Pour eux, le social est une catégorie d'action par laquelle l'extension des pouvoirs/savoirs politiques et le contrôle sanitaire sur les « interstices sociaux » devenaient possible, notamment pour réglementer la vie de certains groupes de personnes en tant que populations : en particulier les ouvriers, les pauvres, et les malades sans moyens. En outre, le social est également conçu comme une catégorie de savoir qui rendrait visibles et pensables les inégalités entre les différentes conditions de vie ; une dimension qui est devenue le champ d'investigation de la sociologie et le champ d'action de l'État providence. Le social dans les travaux de Rose et d'Armstrong est ainsi une catégorie d'action et de gouvernance, agissant surtout *sur* la vie quotidienne des pauvres, des ouvriers et des malades de l'époque, en même temps qu'une catégorie de savoir pour penser les différentes conditions de vie en société et ses structures d'inégalité.

Depuis la fin du XIX^e siècle, la tuberculose était un « signifiant social » [Barnes, p. 217] par excellence lorsque les inégalités en société étaient abordées. Déjà à l'époque la tuberculose était répartie de manière très inégale dans la société française, comme le montraient des études épidémiologiques pionnières. Ces études dévoilaient qu'un ouvrier habitant le



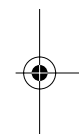


pauvre XX^e arrondissement de Paris avait six fois plus de chance de mourir de cette maladie qu'un bourgeois du riche VIII^e arrondissement [*ibid.*]. Encore aujourd'hui, l'incidence de la tuberculose reste un marqueur instructif des inégalités sociales. En 2007, presque 5 600 nouveaux cas de tuberculose étaient déclarés en France [Antoine et Che, 2009]. De façon générale, l'incidence nationale – c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas de maladie par an dans un pays – est faible en France, surtout en comparaison avec des pays beaucoup plus touchés par cette maladie, comme certains pays africains ou de l'Europe de l'Est. Néanmoins, dans certaines zones géographiques, notamment l'Île-de-France et la Guyane, l'incidence est plus élevée que la moyenne nationale. Certains « groupes de populations » sont également plus touchés par la tuberculose que d'autres. Aujourd'hui, il s'agit notamment « des personnes originaires d'Afrique subsaharienne, des personnes sans domicile fixe ainsi que des personnes âgées » [Antoine et Che, 2009, p. 109], comme le précise le rapport 2009 de l'Institut de veille sanitaire (InVS). Ce rapport explique que le risque accru de tuberculose chez les personnes nées à l'étranger est d'une part le reflet de l'exposition dans le pays d'origine, mais également, d'autre part, celui de leurs conditions de vie difficiles et de leur accès aux soins limité en France. Je montrerai tout au long de mon texte que ce ne sont pas seulement les incidences de la tuberculose qui varient en fonction de l'appartenance sociale ou nationale d'une personne, mais que les actions des professionnels de santé dans le cadre des enquêtes autour d'un cas se déclinent également selon les diverses réalités sociales.

L'ENQUÊTE AUTOUR D'UN CAS DE TUBERCULOSE EN FRANCE

Dans ce texte, je souhaite compléter l'analyse théorique et historique de l'action sociosanitaire de l'État, qui est au centre des préoccupations d'Armstrong et de Rose, par un regard empirique sur une forme contemporaine de la santé publique, et notamment sur l'enquête autour d'un cas de tuberculose³. En

3. J'ai pu produire le matériel empirique à la base de ce texte dans le cadre de ma thèse lors de deux recherches de terrain réalisées dans un centre de lutte contre la tuberculose en Île-de-France : entre octobre et décembre 2006 et entre janvier et mai 2009.





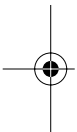
analysant l'enquête autour d'un cas contemporain, je prends à peu de chose près le même objet d'étude qu'Armstrong, tout en le déplaçant d'un siècle : une action de dépistage d'un dispensaire antituberculeux, transformé depuis en « Centre de lutte antituberculeuse » (CLAT).

Concrètement, je m'intéresserai à une pratique spécifique du CLAT par laquelle les infirmières⁴ examinent les vies sociales des personnes malades : « l'entretien d'entourage », qui doit permettre aux infirmières des CLAT d'identifier des personnes « à risque » d'être infectées par le bacille de Koch. Ce face-à-face entre infirmière et patient pendant son séjour à l'hôpital peut durer plusieurs heures. Il doit en effet conduire à connaître les personnes avec lesquelles le malade, dit le « cas index », étaient en contact pendant sa période de contagiosité afin de leur administrer un traitement, soit préventif, soit curatif, le plus tôt possible. L'entretien d'entourage et ce qu'il aura dévoilé sur la vie quotidienne du malade et ses relations avec autrui détermineront ainsi quelles personnes sont particulièrement « à risque » de développer une tuberculose et doivent être contactées et dépistées par le CLAT.

L'enquête autour d'un cas de tuberculose à l'époque contemporaine, et plus particulièrement l'entretien d'entourage entre l'infirmière et le malade, est une pratique de santé publique qui n'a pas encore suscité l'intérêt des sciences sociales⁵. C'est par un hasard ethnographique que j'ai découvert cet objet de recherche, ayant réalisé une partie de ma recherche doctorale dans un CLAT dont la direction avait décidé d'envoyer systématiquement les infirmières au chevet des malades pour réaliser un tel entretien. La volonté du CLAT était de créer une « équipe mobile » – un peu comme les infirmières visiteuses d'autrefois – qui rende visite au malade sur son lieu d'hospitalisation. Même si des continuités historiques entre ces deux manières de réaliser

4. J'utilise la forme grammaticale féminine du mot « infirmière » tout au long du texte car sur mon terrain de recherche, le travail d'EAC était majoritairement fait par des infirmières féminines.

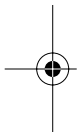
5. Outre le fait que la tuberculose en France ne suscite pas beaucoup de travaux sociologiques ou anthropologiques en général, l'absence d'études sur l'entretien d'entourage peut être également dû au fait que cette pratique d'enquête autour d'un cas au chevet du malade est très peu répandue en France, même si les recommandations en vigueur le conseillent fortement [Groupe de travail du CSHPF, 2006].

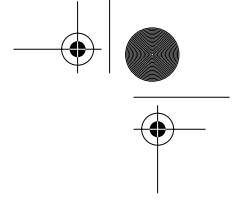




l'enquête autour d'un cas ne sont pas à nier, je chercherai à montrer que la manière de réaliser l'enquête contemporaine et ses conséquences pour les malades ne sont plus les mêmes qu'autrefois, même si l'objectif premier reste le même : contenir la propagation de la tuberculose.

Autrefois, il s'agissait – si on suit Armstrong – de soumettre les vies sociales de toute sorte de gens, malades et non malades, au regard des agents du dispensaire, avec une volonté d'élargir considérablement le champ d'action et la sphère d'influence de la santé publique. Par leurs actions, les agents du dispensaire contrôlaient de fait la vie sociale des malades et celle de leurs proches, et les éduquaient à suivre une conduite hygiénique en intervenant dans leur vie quotidienne. Cela conduisait à un accroissement du contrôle social des malades et de leur communauté et, en somme, à une forme d'interventionnisme sanitaire. La manière de réaliser l'enquête contemporaine a fondamentalement changé à cet égard. L'identification et le ciblage des personnes dans l'entourage social du malade ne s'opèrent plus autour d'une approche *expansive*, destinée à connaître et à faire évoluer le mode de vie d'un nombre le plus important possible de personnes. Au contraire, on assiste à l'utilisation d'une méthode fondée sur une notion *restreinte* de risque infectieux, essayant de déterminer très précisément qui sont les individus à dépister, en fonction d'un score de risque médico-social individualisé. Aujourd'hui – au moins au CLAT où j'ai pu faire ma recherche – il ne s'agit ni d'élargir le dépistage à toutes les personnes composant l'entourage social d'un patient, ni de surveiller leurs relations sociales ou d'intervenir dans leur vie quotidienne. Paradoxalement, juste au moment où de façon générale, dans les sociétés européennes, le fichage des personnes et le savoir administratif sur leur vie sociale augmentent – ce qui peut être décrit comme une certaine forme de « regard de dispensaire » s'immisçant dans les « interstices sociaux » dont parle Armstrong, ou comme une forme de gouvernance sociale telle qu'en parle Rose –, ce n'est plus dans le domaine où il était développé – la lutte contre la tuberculose – que ce regard ou ce type de gouvernance est le plus présent. Une forme de « regard du dispensaire » existe aujourd'hui d'avantage dans d'autres champs d'intervention publique plus invasifs, comme par exemple la gouvernance des « étrangers », ainsi que le montrent





certaines études sociologiques et anthropologiques [Kobelinsky, 2009 ; Spire, 2008].

En revanche, dans la lutte contre la tuberculose, où l'on dispose aujourd'hui d'un traitement médical efficace contre la maladie, l'économique succède au social comme catégorie universelle de gestion des relations infectieuses, ayant *avant tout* l'objectif de dépister et de traiter d'une manière « rentable » [Aissa *et al.*, 2008] les personnes ayant été en contact avec un malade. Ce n'est plus un dispensaire qui a pour utopie un « management social efficace » [Armstrong, p. 9] de la population menacée de maladie, mais un dispensaire pragmatique qui doit gérer efficacement sa mission de dépistage et de traitement avec des contraintes économiques et humaines. Dans le contexte politique actuel, où la gestion économique des questions de santé prend de plus en plus d'ampleur [Bröckling, Krasmann, Lemke, 2000], *et* dans le contexte très particulier de la lutte contre la tuberculose, en recul depuis une quarantaine d'années, la raison de l'enquête autour d'un cas s'est profondément transformée. C'est la définition la plus précise possible d'un *risque* de contagion du fait de relations sociales identifiées comme des relations infectieuses qui est devenu le nouvel enjeu. Mon propos est que le « regard du dispensaire », au sens d'Armstrong, n'est plus aujourd'hui au cœur de l'enquête autour d'un cas. Il est remplacé par un regard beaucoup plus fractionné et brouillé, témoignant d'une forme de santé publique contemporaine devenue à la fois d'avantage critique et éthique.

DIS/CONTINUITÉS : LA TRANSFORMATION DU REGARD

Avant de réaliser un entretien d'entourage avec une personne malade, l'infirmière consulte souvent son dossier médical de façon approfondie. Elle récolte diverses informations qui lui semblent importantes pour organiser l'enquête ultérieurement : par qui la personne a été envoyée à l'hôpital ; la date de sa mise sous traitement ; tout numéro de téléphone inscrit au dossier ; ses contacts familiaux ; son pays de naissance ; ses symptômes exacts et leurs débuts (« perte d'appétit début février », « perdu 6kg », « sueurs nocturnes ») ; les résultats des examens bactériologiques etc. Toutes les informations sont rassemblées dans le dossier : la profession du patient, les numéros de téléphone



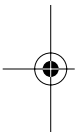
permettant de joindre sa famille, ses symptômes, son parcours migratoire, les résultats de l'examen de ses crachats. La lecture qu'en fait l'infirmière révèle un mélange de données médico-sociales. Le dossier ne comprend pas seulement des informations médicales indispensables pour calculer le risque de contagion, mais souvent un certain nombre d'informations administratives sur le patient, comme l'a exprimé Awa⁶, une infirmière du CLAT : le sexe, l'âge, la nationalité, le pays de naissance, la couverture sociale, le statut familial, le statut professionnel. Ces informations sur l'identité « administrative » du malade, relevées dans le dossier médical, ont une importance particulière car elles servent de base d'entretien pour les infirmières, qui n'utilisent pas de guide d'entretien standardisé.

Des renseignements rhétoriques

Parler de données administratives concernant la personne hospitalisée semble banal. Cependant, ces informations ne constituent pas seulement la base de l'entretien, mais également l'existence administrative et sanitaire du malade. Elles figurent dans le dossier médical, dans le compte rendu d'hospitalisation, dans le compte rendu d'entretien du CLAT, dans son logiciel de suivi, et dans d'autres fichiers encore. Les données n'ont rien de spectaculaire, au contraire. Elles se dénombrent d'une façon continue de dossier en dossier, avec de légères fautes qui se glissent dans les rapports de temps en temps, quelques absurdités administratives. C'est par leur banalité et leur universalité que ces données deviennent alors intéressantes pour l'anthropologue, car les infirmières demandent systématiquement au patient de se prononcer sur elles, bien qu'elles figurent dans tous les dossiers et soient déjà connues. Qu'est-ce que cette pratique de renseignement rhétorique des données administratives déjà connues nous permet de dire sur l'enquête autour d'un cas comme action de santé publique aujourd'hui ?

Chacune des infirmières du centre procède différemment lors de l'entretien – « chacune fait à sa sauce », comme me disait Awa. Tous les chercheurs en sciences sociales savent que mener un entretien est quelque chose de très intime et personnel, ce qui est également vrai pour les infirmières. Néanmoins, deux aspects

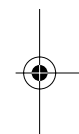
6. Tous les prénoms utilisés dans l'article ont été modifiés par l'auteur.





de l'entretien rendent la manière individuelle de faire des infirmières systématique et comparable pour l'anthropologue : les données à récupérer sont toujours les mêmes ; et la manière de renseigner une partie des données lors de l'entretien, notamment l'identité administrative du malade, peut être qualifiée de rhétorique. Les infirmières connaissent déjà la réponse des malades et l'entretien prend la forme d'une validation d'un savoir connu. Pour ce qui concerne les questions administratives, les réponses du malade jouent un rôle marginal. Ce qui est intéressant pour l'analyse anthropologique n'est donc pas le contenu de ces renseignements rhétoriques, mais leur place incontournable dans l'entretien bien que les réponses des malades ne puissent apporter de savoir nouveau.

La place incontournable des renseignements sur l'identité administrative du malade laisse penser à l'image ancienne des services de santé publique, une représentation qu'Armstrong a développée dans son histoire du « regard du dispensaire » : le dispensaire comme archive administrative rendant transparentes les identités des malades et le dispensaire comme institution panoptique ayant des savoirs, et peut-être même des pouvoirs sur leurs patients et leurs proches du fait de la connaissance de leur identité sociale. Toutefois, il me semble que la transparence socio-administrative des patients n'est pas l'aspect le plus important du « regard du dispensaire » contemporain. Car outre l'aspect « fichiste » de l'enquête qui contribue à instituer une transparence administrative au sujet d'une personne malade, la nature rhétorique des questions énoncées lors de l'entretien d'entourage rend perceptible une autre transparence : la transparence des données administratives *entre* différents services de l'État, c'est-à-dire à une certaine continuité du savoir administratif, une interconnexion des savoirs étatiques qui se joue dans différents domaines. Que les questions sur l'identité administrative du malade soient purement rhétoriques montre notamment que le CLAT est une institution en lien avec d'autres services connaissant déjà le patient : le service hospitalier tout simplement, mais également d'autres services étatiques par lesquels le malade a peut-être dû passer avant, comme par exemple l'Office français de l'immigration et de l'intégration (l'ancienne Agence nationale d'accueil des étrangers et des migrations). Cette continuité administrative au sein des fichiers acquiert une présence réelle dans l'entretien quand les infirmières laissent entendre que





certaines informations sur le malade leur sont déjà connues. La continuité, voire l'inter-transparence, des données peut être assez anodine pour certaines informations comme la date de naissance, mais elle ne va de soi ni pour toutes les données ni pour tous les malades.

On n'est pas de la police. – Les entretiens des patients français et ceux de certains patients migrants peuvent différer, surtout quand il s'agit de patients d'origine africaine. Dans les entretiens entre infirmières et patients migrants d'origine africaine, on peut souvent entendre une phrase semblable à : « On n'est pas de la police ». Cette phrase est prononcée soit tout au début de l'entretien, quand l'infirmière explique le fonctionnement du CLAT, soit au milieu d'un entretien, lors qu'elle ressent une réticence de la part du patient à répondre à des questions délicates, par exemple au sujet d'un travail au noir ou d'un logement officieux dans un « foyer »⁷. Je prends l'exemple d'un entretien qu'un infirmier, Marcel, a effectué avec une jeune fille congolaise récemment arrivée en France pour rejoindre sa mère, qui parlait encore relativement peu le français.

M : « Alors, vous êtes arrivée en France en décembre, c'est ça ? Vous vivez avec votre maman, non ? Vous avez un appartement ? ».

Pa : « C'est un deux pièces ».

M : « Vous dormez dans la même chambre ? Et dans le même lit ?

Pa : « Oui ».

M : « Votre mère travaille ? ».

Pa : [Hésitante].

M : « Nous, on n'est pas de la police. Ça ne nous regarde pas. Par contre, si vous travaillez, même au noir, il faut que vous me disiez, c'est important ».

Pa : « O.K. Mais je n'ai pas encore de travail » (*Notes de terrain, 23/04/2009*).

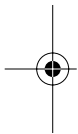
7. L'expression « foyer » - abréviation de « foyer pour travailleurs migrants » - est encore couramment utilisée dans la lutte contre la tuberculose pour désigner des structures d'hébergement collectif gérées par des sociétés et des associations, ce qu'on appelle aujourd'hui en France dans la rhétorique officielle « résidence sociale ».



Marcel a interrogé la jeune fille sur sa date d'arrivée en France, sur l'appartement qu'elle partage avec sa mère et sur le travail de sa mère, au sujet duquel elle hésitait à répondre. Marcel réagissait en lui disant qu'il n'était pas de la police et que ce n'est pas le travail de sa mère ni d'autres informations sur sa vie qui l'intéressait, dont il voulait avoir connaissance, mais de son propre travail, car ce savoir était important pour lui. Par sa manière suggestive de poser des questions, Marcel véhiculait des a priori sur la vie quotidienne de la jeune fille, ainsi que des soupçons, notamment au sujet d'un éventuel travail au noir. Tout au long de l'entretien, on constatait également de la part de l'infirmier un mépris palpable et un énervement dû au fait que l'entretien ne se débloquait pas, n'avancait pas. Il était chargé de présupposés culturels et de regards irrités à mon intention, me faisant complice malgré moi de cet interrogatoire que je qualifierais de « symboliquement violent » [Bourdieu, 1996]. J'avais l'impression d'assister à l'interrogatoire policier dont Marcel s'était pourtant distingué explicitement.

Si j'ai choisi de faire abstraction de la violence qui imprégnait cet entretien⁸ pour me focaliser sur l'avertissement – « on n'est pas de la police » – c'est parce que cette violence n'était pas la règle au sein du service dans lequel j'ai fait ma recherche. En revanche, la référence négative à la police faisait partie du répertoire rhétorique de toutes les infirmières. En utilisant cette phrase, les infirmières tentaient de définir le CLAT *ex negativo*, et notamment comme une institution n'ayant *pas* d'intérêt à fouiller dans la vie quotidienne de ses patients, comme cela peut être le cas pour la police. La distinction sert à représenter les infirmières comme des agents d'un service de santé publique, dont la mission les oblige à savoir certaines choses sur la vie sociale de leurs interlocuteurs et de leurs proches, mais pas tout type d'information. « Ça ne nous regarde pas », a dit Marcel qui a ainsi essayé de faire comprendre à la jeune fille que sa mission n'était pas de fouiller ou de réglementer sa vie quotidienne, mais de faire son travail de prévention.

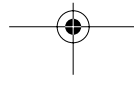
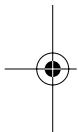
8. Un autre article pourrait être consacré aux différentes dimensions de « violence symbolique » dans les entretiens d'entourage, et notamment dans les entretiens avec des malades migrants multiples fragilisés en France (sans autorisation de séjour, avec peu de connaissance de français, sans hébergement stable et reconnu, sans travail ou avec un travail au noir, etc.).





« On s'en fiche, si elle a des papiers ou pas », me disait Awa dans un sens comparable après un entretien effectué par interprétariat téléphonique avec une jeune patiente portugaise née au Brésil, au cours duquel apparaissait une confusion avec l'interprète au sujet des papiers et de la sécurité sociale de la patiente. La patiente d'origine brésilienne avait la nationalité portugaise, et n'avait donc pas besoin d'un titre de séjour, ce que l'interprète a faussement traduit, lors de l'entretien, en « elle n'a pas de papiers ». Après l'entretien, Awa et moi avons reparlé de cet épisode et elle m'a dit : « Le problème, avec l'interprète, était qu'elle a pris ma place et a demandé à ma place, si tu veux, par curiosité je pense. Nous, on s'en fiche si elle a des papiers ou pas. On veut faire en sorte qu'elle aille mieux. Trouver des aides. Demander un 100 % à la sécu, c'est pour ça qu'on a besoin de savoir ». En utilisant des expressions comme « ça ne nous regarde pas » ou « on s'en fiche », les infirmières font référence à une certaine éthique d'enquête qui consiste à ne pas fouiller la vie quotidienne des patients sans raison, à ne pas les interroger par curiosité, comme l'interprète, ou par soupçon, comme la police. La dissociation entre le CLAT et la police peut ainsi être interprétée comme une stratégie de distinction inspirée par une éthique de travail, avec l'objectif de faire savoir au patient que seul le domaine sanitaire de sa vie sociale compte.

En décrivant ces fragments d'entretien d'entourage, je souhaitais illustrer le fait que ce n'est plus le regard du dispensaire, rendant transparent le patient atteint d'une tuberculose et rendant « transformable » sa vie sociale, qui est en jeu, comme c'était le cas au début du XX^e siècle, quand le fichage sociosanitaire de masse a débuté [Fairchild *et al.*, 2007] dans un climat d'interventionnisme sanitaire lié au mouvement hygiéniste [Barnes, 1995]. Aujourd'hui, les infirmières se distinguent même explicitement de ce mouvement dont elles sont les successeurs malgré elles, comme le montre cette phrase qu'une infirmière du CLAT, Fanny, a prononcée lors d'un entretien avec une jeune fille française de 14 ans en présence de ses parents d'origine africaine (Tchad et Congo). « Vous ne changez pas d'habitude de vie, rien. Il n'y a pas de problème ». Cependant, comme je l'ai spécifié ci-dessus, les infirmières n'évoquent pas systématiquement la distinction entre leurs pratiques et l'enquête de police ou un interventionnisme arbitraire. Elles ne le font que lors des entretiens avec des patients migrants (ou des patients





descendants de migrants), pour la plupart d'origine africaine. C'est ainsi qu'une deuxième interprétation de la phrase « on n'est pas de la police » devient nécessaire. Une interprétation qui inscrit la rencontre entre l'infirmière et le patient dans un contexte plus large de face-à-face « administratif » entre les résidents sur le sol français et les services de l'État, différemment subis par des personnes d'origine africaine et par des Français. Un fait dont les infirmières essaient de rendre compte.

Des jugements d'expérience

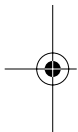
On pourrait dire que le fait de se distinguer explicitement de la police devant certains patients seulement relève de l'ordre d'un « jugement d'expérience » (*Erfahrungstatsache*) [Fleck, 1980], par lequel les infirmières essaient d'anticiper les réactions de leurs interlocuteurs face à l'enquête autour d'un cas – réactions qu'elles perçoivent comme déterminées par l'identité sociale du malade. En effet, plusieurs enquêtes sociologiques ont montré que les rapports administratifs entre l'État et la population, dont l'enquête autour d'un cas est un exemple, se déclinent selon « l'origine » – Français ou migrants – et la couleur de peau – blancs ou noirs [Jobard, 2006 ; Knowles, 1999]. En désignant les différences de traitement opérées par les infirmières comme des « jugements d'expérience », je souhaite montrer qu'elles sont une combinaison entre les jugements de valeur qu'elles véhiculent et les expériences acquises dans leur travail au quotidien avec des patients migrants. Avec ces derniers, les infirmières ressentent d'avantage d'hésitation, de résistance et de doute lors de l'entretien. Elles essaient elles-mêmes de prévenir ces sentiments, redoutant qu'ils induisent des blocages. Ainsi, qu'il y ait certaines différences entre les entretiens d'entourage avec des patients migrants et ceux qui sont menés avec des patients français n'est pas seulement dû aux jugements de valeur, même s'ils peuvent être présents lors de l'entretien. Ces différences sont également programmatiques du travail quotidien des infirmières car elles essaient ainsi de rendre compte de l'emboîtement de leur travail dans un paysage institutionnel et social qui n'est pas vécu de la même manière par *tous* les patients. Les infirmières réalisent leur travail en sachant qu'il y a des liens – même s'ils ne sont qu'historiques – entre le CLAT et d'autres domaines d'intervention de l'État comme la police, et en



essayant de prendre en compte l'expérience sociale spécifique de leurs interlocuteurs avec les services de l'État auquel le CLAT risque d'être associé.

Replacé dans ce contexte institutionnel, l'entretien d'entourage apparaît comme une procédure administrative s'inscrivant dans la lignée des diverses rencontres entre les agents de l'État et les individus – des rencontres qui se déroulent différemment selon que l'intéressé est perçu comme un « Français » ou comme un « étranger », différence accentuée par la couleur de peau. Ainsi, les enquêtes sociologiques ont par exemple montré que des migrants d'origine africaine ou leurs descendants, c'est-à-dire des personnes à la couleur de peau noire ou mate, subissent plus souvent que d'autres, et surtout avec des conséquences plus graves que d'autres, des contrôles d'identité par la police [Goris et *al.*, 2009]. Ceci est de l'ordre de la discrimination raciale. Même si les infirmières n'utilisent pas le mot de discrimination raciale et n'ont peut-être pas connaissance de ces enquêtes sociologiques – ce que je ne saurais pas dire – elles connaissent ce fait social et agissent comme si elles devaient se distinguer explicitement de ces manières de faire en explicitant qu'elles ne sont « pas des flics ». Elles rendent compte de l'expérience administrative de leurs patients et – implicitement – de leur propre histoire institutionnelle comme police sanitaire.

La référence à la police de la part des infirmières prouve que celles-ci sont bien conscientes qu'une forme de « regard de dispensaire » existe encore aujourd'hui, même si elles essayent de s'en distancier. Le fait que la référence à la police ne soit énoncée que dans certaines situations montre notamment qu'aujourd'hui, ce regard n'est plus seulement un regard « de classe », comme le démontrent les historiens de la tuberculose pour le début du XX^e siècle au sujet des ouvriers [Barnes, 1995 ; Guillaume, 1986], mais qu'il est également « racialisé » [Fassin et Fassin, 2006]. Cela montre aussi que les contrôles et la surveillance liés au « regard du dispensaire » se jouent ailleurs aujourd'hui, et notamment dans la « gouvernance » des étrangers : aux guichets de l'administration, comme le montre Alexis Spire [2008], ou dans les centres d'accueil pour les demandeurs d'asile, comme le décrit Carolina Kobelinksy [2009]. L'enquête autour d'un cas et son entretien d'entourage montrent que le regard du dispensaire, avec l'objectif interventionniste que décrit Armstrong, n'est plus l'enjeu central de la lutte contre la tuberculose.





L'exemple de la distanciation par rapport à la police devant certains patients migrants montre aussi que le regard du dispensaire n'a pas disparu avec la « mort » du dispensaire classique, mais qu'il se joue d'avantage dans d'autres champs d'action de l'État, dont les infirmières se distinguent explicitement ou auxquels elles font référence implicitement.

RÉSISTANCES : L'ÉPAISSEUR DES VIES SOCIALES

En portant attention aux différentes conceptions de la vie sociale évoquées par les infirmières au cours de l'entretien d'entourage, on a confirmation qu'il n'est plus pertinent de parler du regard du dispensaire au sens d'Armstrong au sujet du dépistage de la tuberculose en France aujourd'hui. Je montrerai que ce n'est plus le contrôle ni la surveillance de la vie sociale qui est en jeu – même si la vie sociale est toujours en question – mais d'avantage la gestion efficace d'un risque de contagion. Quand j'ai demandé à Awa quel était le but de l'entretien, elle m'a répondu :

« Le but, c'est de trouver des personnes à dépister, c'est de dépister des sujets contacts pour que la maladie ne se développe pas. Pour ça il faut bien comprendre la tuberculose. Qu'il faut un contact avec une personne qui a la maladie, dans un endroit confiné, sous le même toit, sur une période cumulée ou continue. Ces personnes ont un grand pourcentage de risque pour faire une infection. Après, ça dépend de l'âge, si c'est un adulte, et du malade, s'il est très contagieux, s'ils habitent sous le même toit, si c'est une personne sans couverture sociale, avec des problèmes sociaux. De ça on peut induire que certains sont plus à dépister. Normalement il faut un contact cumulé de 8 heures, si il y a un contact de 6 à 7 heures, c'est limite, on regarde les facteurs de risque » (*Notes de terrain, 9 février 2009*).

Awa m'a expliqué l'objectif de l'entretien d'entourage : repérer des personnes particulièrement à risque dans l'entourage social du malade, afin de les dépister. Pour pouvoir réaliser un dépistage en fonction du risque, l'infirmière doit évaluer qui, parmi les « sujets contacts », possède un risque élevé de développer une infection tuberculose, soit du fait du temps passé avec la personne malade, soit du fait du type de maladie (très



contagieuse ou pas), soit du fait d'éventuels problèmes sociaux ou médicaux de la personne contact. Cela signifie que l'infirmière doit évaluer si un dépistage a du sens pour tel individu ou tel autre, compte tenu d'un risque qui lui est propre.

Dans son explication, Awa évoque deux dimensions du social comme facteur de risque : d'une part la vie sociale en tant qu'addition de relations infectieuses, surtout quand la relation entre le malade et le sujet contact dépasse un certain nombre d'heures dans un espace confiné (comme un lit, une chambre, un bureau) ; et d'autre part d'éventuels « problèmes sociaux », par exemple le manque de couverture sociale du sujet contact, qui constitue un facteur de risque additionnel. Même si les deux dimensions du risque social sont conceptualisées très différemment – la première étant précisément quantifiée en nombres d'heures et la deuxième étant assez vaguement définie sous le vocable de « problèmes sociaux » – l'objectif de l'entretien rend équivalentes les deux dimensions : la quantification de la vie sociale et sa transformation en score de risque.

Relations infectieuses

Dans les entretiens que j'ai pu observer, la tentative d'évaluer au plus exact le « temps de contact » entre la personne malade et les personnes de son entourage, autrement dit la quantification de la vie sociale, est au premier plan. Catherine, une infirmière ayant beaucoup d'expérience dans les entretiens d'entourage, l'a expliqué ainsi pendant l'un de ces entretiens, réalisé avec un jeune étudiant en informatique français :

« Pour nous, il est important de savoir avec qui vous avez été en contact les trois mois avant votre hospitalisation, car on estime que vous étiez contagieux. C'est pour ça que votre mode de vie m'intéresse, et avec qui vous étiez en contact. Je vous demande d'évaluer le temps de contact, parce que cela nous permet d'évaluer le risque. On commence par l'habitation. Ou est-ce que vous habitez ? » (*Notes de terrain, 10 octobre 2006*).

Catherine explique au jeune patient que l'intérêt qu'elle porte à sa vie sociale, à son « mode de vie », est dû à sa mission de santé publique ; que celle-ci lui impose d'évaluer le risque de contagion pour autrui. Lors de l'entretien suivant cette explication – il a duré deux heures – le calcul du « temps de contact »



avec chaque personne ayant été en relation avec le malade a pris beaucoup de place. Catherine est sortie avec une liasse de feuilles remplies de numéros de téléphone, d'adresses postales et de liens sociaux. Elle était satisfaite d'avoir rassemblé autant d'informations précises. Même si la multitude des informations signifiait qu'elle devait évaluer un grand nombre de risques individuels, organiser un dépistage scolaire et relayer des informations dans d'autres départements, elle a jugé l'entretien très réussi : le patient a donné « beaucoup d'informations » sur les personnes avec lesquelles il a été en contact et il a « bien compris », m'a dit Catherine après l'entretien. Par cette expression, Catherine commentait le fait que l'objectif de l'entretien, « l'évaluation d'un risque » pour pouvoir réaliser un dépistage, avait été soutenu et partagé par le patient. Car à la fin de l'entretien, quand Catherine lui a demandé s'il ressentait un malaise par rapport à la tuberculose, il lui a répondu : « Non, pas du tout. C'est une maladie qui était grave autrefois, mais qui se traite. Et le plus tôt, le mieux » (*Notes de terrain, 10 octobre 2006*).

Le jeune étudiant français, fils de médecins, avait intégré le but préventif de l'entretien d'entourage : dépister le plus tôt possible celles et ceux de son entourage qui sont « à risque » de développer une tuberculose. Il faisait un effort de mémoire important pour participer à la mission de Catherine. Dans cet entretien « réussi », Catherine et le patient étaient partis sur des bases communes, ils construisaient conjointement l'objet de l'entretien : la vie sociale du patient. Ils reconstruisaient la vie quotidienne de l'étudiant à son chevet ; ils quantifiaient ses relations sociales des trois derniers mois pour en déduire le risque de maladie pour sa famille, ses amis et ses collègues étudiants. Pendant cet entretien, il était incontestable – pour les deux parties – que le savoir sur la vie sociale du patient était recueilli avec un but précis, et notamment pour mettre en place une action de santé publique en fonction d'un risque individuel. Les relations sociales étaient façonnées comme des relations infectieuses par les deux parties. Une conception très médicalisée de la vie sociale avait prévalu lors de l'entretien. La vie sociale, ou le « mode de vie », était conçue comme la somme de toutes les relations du patient potentiellement infectieuses et d'une certaine durée – familiales, professionnelles, occasionnelles – avec un risque sanitaire rétrospectif sur une période de trois mois pour chaque contact identifié.



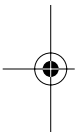
En mettant ainsi en avant une définition bactériologique de la vie sociale, comme l'avait fait Catherine lors de son entretien avec l'étudiant français, les infirmières arrivent souvent à connaître des fragments de la vie quotidienne de leurs interlocuteurs. Mais quelquefois elles n'y parviennent pas ; les entretiens « bloquent », comme l'expriment les infirmières et comme l'entretien entre Marcel et la jeune fille congolaise l'a déjà illustré. C'est à ce moment-là qu'un autre « social » entre en jeu, un « social » plus complexe et plus épais, qui n'est pas réductible à des relations infectieuses.

Le regard des autres

Fanny et moi allons vers la chambre d'une jeune patiente de quatorze ans hospitalisée dans un service de pédiatrie pour une tuberculose contagieuse. On reconnaît sa chambre de loin par le support installé devant sa porte avec des masques, des gants de latex et du produit désinfectant. Sur la porte, une affiche est collée : « isolement air ». Nous mettons des masques. Fanny frappe à la porte, nous entrons. Il y a une jeune fille noire et mince sur le lit, la télévision est allumée, l'air dans la chambre est étouffant. La jeune fille est entourée par sa mère qui est assise à sa droite côté fenêtre, et de son père qui est assis à sa gauche, côté porte. La chambre n'est pas très grande, les fenêtres ne s'ouvrent pas. Fanny et moi serrons la main aux trois personnes présent-e-s, donnons nos nom et fonction – infirmière et anthropologue – réarrangeons les chaises. La mère s'assoit sur le lit et nous nous installons sur les chaises au pied du lit de la patiente.

Fanny : « Nous, on vient du CLAT, du Centre de lutte antituberculeuse. Nos bureaux sont en face, on dépend de l'hôpital. S'il y a un cas de tuberculose, nous, on va voir les gens. Nous, ce qu'on fait, c'est une enquête de dépistage, pour voir avec vous avec qui vous étiez en contact. On est des infirmières, on n'est pas de la police » [tout le monde rit] (*Notes de terrain, 27 avril 2009*).

Après une introduction de Fanny sur le fonctionnement du CLAT et sur la tuberculose, après des questions « administratives » liées à l'habitation, à la situation familiale, au pays d'origine des parents, à la nationalité et à la sécurité sociale de la jeune fille, Fanny a commencé à l'interroger directement, ainsi que ses parents, sur ses contacts sociaux.





F : « Sinon, au niveau de la famille, qui vous voyez régulièrement ? ».

Père : « On essaye d'épargner la connaissance des gens. La tuberculose, c'est mal vu. On ne veut pas dire nous-mêmes qu'elle a la tuberculose ».

Mère : « Comment vous faites normalement ? ».

F : « Nous, le CLAT, on peut dire aux gens, voilà, on vous contacte parce que vous avez été en contact avec quelqu'un qui a la tuberculose, et on vous propose un dépistage. On ne dit pas avec qui ils ont été en contact ».

Père : « Mais ils sauront que c'était elle ».

F : « Réfléchissez. Je vois beaucoup de gens, on peut expliquer, les gens comprennent, ce n'est pas une maladie honteuse » (*Notes de terrain, 27 avril 2009*).

Les parents étaient hésitants à répondre, à dévoiler les contacts sociaux de leur fille. Ils avaient peur que l'enquête autour d'un cas et l'annonce de sa tuberculose ne leur porte préjudice, à elle et à sa famille. Fanny a essayé de les rassurer en disant qu'elle comprenait et qu'ils n'étaient pas les seuls à se soucier de cela. Elle a insisté sur le fait que malgré les inquiétudes que les parents pouvaient avoir, un dépistage se déroulait normalement sans problème et sans répercussion sur les familles ; qu'on pouvait expliquer aux gens que la tuberculose, ce n'est pas la maladie de la honte, mais seulement une maladie infectieuse. Elle a proposé un dépistage anonyme, mais les parents n'étaient toujours pas convaincus que le dépistage pourrait se faire sans retombées négatives sur eux et leur fille.

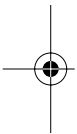
Père : « Chez nous, les Africains, c'est pas pareil. Les gens sont trop compliqués ».

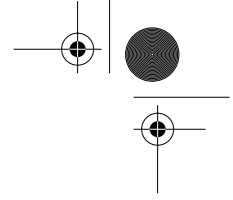
F : « Rassurez-vous, c'est pas seulement chez les Africains ».

Père : « Les gens ne vont pas comprendre. Ils vont dire que c'est à cause d'elle la tuberculose. Personne en parle, on en parle pas de la tuberculose. Elle va être guérie. Mais les gens vont continuer à la regarder ».

F : « Mais souvent, ça se passe très bien ».

Père : « Nous, on s'en fiche que c'est la tuberculose. C'est par rapport aux regards des autres. Ça fait 20 ans que je suis en France, je





n'ai jamais vu un proche avec la tuberculose, même en Afrique, pas du tout. Et on n'est pas isolé. Et même ici on a passé un mois pour trouver la maladie, ce n'est pas si fréquent. On ne reste pas dans notre milieu et tout » (*Notes de terrain, 27 avril 2009*).

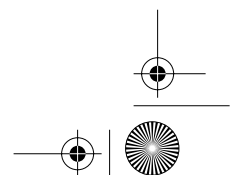
Fanny n'a pas réussi à convaincre le père de la jeune fille de lui faire part de ses contacts familiaux et amicaux. Le père expliquait que c'était par rapport à la représentation de la tuberculose « chez les Africains » qu'il était mal à l'aise pour donner le nom de ses contacts sociaux, et plus généralement par rapport aux « regards des autres ». C'est seulement après le départ du père pour le travail et après que Fanny est restée encore un bon moment avec la fille et sa mère qu'elle a réussi à obtenir certains renseignements sur des personnes en contact avec la jeune collégienne. Dès lors, l'entretien est finalement devenu fructueux, mais il ne s'est pas déroulé sans frictions, ni par accord tacite, comme ce fut le cas pour l'entretien que Catherine avait effectué avec le jeune Français blanc, étudiant en informatique.

Quand nous avons fait ensemble le bilan de l'entretien, Fanny l'a qualifié de « bloqué ». Elle a expliqué à la pneumologue du CLAT lors d'un débriefing que le père se cachait derrière une « représentation culturelle » pour « faire blocage ».

F : « Il y avait un problème de stigmatisation et de culpabilité. Mais je ne sais pas si c'était de la part de la famille ou d'autres gens. En tout cas, le père faisait un blocage. Il s'est caché derrière une représentation culturelle, donc à un moment j'ai dit : ce n'est pas seulement chez les Africains, c'est partout » (*Notes de terrain, 27 avril 2009*).

Fanny hésitait sur la manière d'interpréter le blocage, mais elle ne croyait pas à l'argument du père selon lequel ses résistances étaient dues aux représentations des « Africains » sur la tuberculose ; elle l'interprétait comme un prétexte culturaliste utilisé pour cacher des problèmes de culpabilité et de stigmatisation. J'ai ajouté à la conversation :

J : « Pour moi, le problème auquel le père faisait référence était plutôt la combinaison tuberculose, peau noire, immigré africain et ce que ça évoque chez les Français, pas seulement à la représentation de la tuberculose chez les Africains. Il a dit « c'est par rapport aux regards des autres ». Ce qui compte est sa situation en France face à la maladie qui fait qu'il ne veut pas en parler, qu'en parler peut





effectivement lui nuire, ainsi qu'à sa famille, qu'en parler pose problème ».

Pneumologue : « Donc tu penses que c'était : « Je suis noir, j'ai la tuberculose, donc les gens vont dire : ah, encore un noir qui a la tuberculose ? ». C'est ça qu'il pense ? ».

J : « Oui, plutôt ça à mon avis » (*Notes de terrain, 27 avril 2009*).

Lors de cet entretien, Fanny a constamment essayé d'imposer la conception bactériologique de la vie sociale qui avait été tellement évidente pour Catherine et le jeune étudiant français aux parents médecins : une conception de la vie sociale que l'on pourrait qualifier de « fine », une vision bactériologique de l'interaction sociale comme simple somme de relations infectieuses. Par le désenchantement de la contagion et la dédramatisation des interventions de santé publique, Fanny a essayé de promouvoir une définition bactériologique de la vie sociale comme un ensemble de relations infectieuses, afin de naturaliser l'enquête autour d'un cas en tant qu'action nécessaire, mais neutre, qui ne nuirait pas à la vie sociale de la jeune patiente. Mettre en avant une conception bactériologique de la vie sociale lors de l'entretien est une tentative de désenchanter la maladie et la pratique de dépistage, pour construire avec le patient un récit quantitatif de sa vie sociale, pour définir au plus exact le temps de contact entre le patient et son entourage, nécessaire au calcul du risque de contagion encouru par ses « sujets contacts ». Cette conceptualisation bactériologique de la vie sociale d'un patient peut aider à faire avancer un entretien, mais n'est pas suffisante et se heurte à une réalité sociale bien plus complexe qui résiste à l'entretien : la « vraie » vie sociale du patient, une vie « épaisse ».

L'épaisseur des vies sociales

Les infirmières expliquent les résistances et les blocages pouvant survenir au cours de l'entretien par le « système », ainsi que par la position sociale du patient dans la société, par son identité sociale. Ainsi, la conception des relations sociales comme relations infectieuses, qui sous-tend la pragmatique de l'enquête de terrain est remplacée par une conception des relations sociales comme enchevêtrées avec la position du patient en société. Quand il y a des résistances, c'est cette épaisseur des

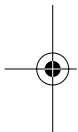


relations sociales qui est mise en avant pour expliquer qu'une enquête est facile ou difficile, réalisable, ou à abandonner. Catherine me l'a expliqué ainsi :

« Pour moi c'est le système aussi, [...] c'est ce qu'on nous a inculqué aussi dans la société dans laquelle on a été élevé. Parce que notre quotidien, il n'est pas si simple que ça, effectivement. Et bien sûr je mentirais en disant que, effectivement, quelqu'un qui est marié, qui a des enfants, qui bosse, qui est en situation régulière, bien sûr que la prise en charge est beaucoup plus facile, je vais y consacrer moins d'énergie que quelqu'un qui va être SDF ou qui vit en squat en situation irrégulière, parce qu'il y a plein de paramètres à prendre en compte. Néanmoins, c'est ça la force aussi de notre travail, c'est que, voilà, ils ont, d'un côté comme de l'autre, ils ont la même pathologie. Donc mon combat il est le même. »
(Entretien avec Catherine, 20 septembre 2006).

Dans cet extrait, Catherine lie son quotidien de travail et sa mission de santé publique à « notre système », « notre société ». Une conception de la vie sociale émerge qui n'est pas la même que celle exposée par la pragmatique de l'enquête : une conception dans laquelle le social – et non le bactériologique – définit l'enquête, la rend possible ou la limite, fait que sa réalisation est différente selon les personnes à prendre en charge. C'est un « social » qui fait que les conséquences de la visibilité sociale d'une bactérie, de la mise au jour de la tuberculose, ne sont pas les mêmes pour tout le monde. Dans la société française, et dans d'autres sociétés européennes, un jeune étudiant français, blanc, aisé, ayant la tuberculose ne subit pas le même « regard des autres » qu'une jeune fille française, noire, dont les parents sont nés en Afrique. On pourrait même aller plus loin et dire que les deux ne sont pas atteints de la même maladie, même si tous les deux ont la même pathologie, comme le remarque l'infirmière : le premier a une simple maladie infectieuse, la deuxième *incorpore* une maladie des migrants. Par conséquent, la jeune fille dévoile ses relations sociales avec plus de crainte que le premier ; l'effet peut en être un dépistage et une prise en charge moins exhaustifs pour son entourage, un effet d'exclusion sanitaire que les infirmières ont pour mission de « combattre » dans leur travail.

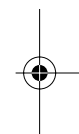
Lors des entretiens avec les infirmières dont les extraits de conversation avec Fanny et Catherine ne sont que deux exem-





ples, la conceptualisation de la vie sociale comme épaisse « supplée » [Derrida, 1967, p. 208] la vision bactériologique du social comme somme de relations infectieuses, paradigme pragmatique de l'enquête autour d'un cas⁹. C'est une version systémique du social qui prend le dessus, dont la conséquence est que ce n'est plus le bactériologique, ou une simple somme de relations infectieuses, dont résulte l'enquête, mais de l'épaisseur du système social. Émile Durkheim, un des fondateurs de la pensée du « social », a écrit à propos de la société comme système : « La société n'est pas une simple somme d'individus, mais le système formé par leur association représente une réalité spécifique qui a ses caractères propres. [...] C'est de cette combinaison que résulte la vie sociale et, par suite, c'est cette combinaison qui l'explique » [Durkheim, 1973, p. 102-103]. Ce que les infirmières expriment au sujet de l'enquête autour d'un cas peut être lu comme une conception intrinsèquement sociologique de la vie sociale transposée dans le domaine de la santé publique. La vision bactériologique des relations sociales est remplacée par une conception sociologique des vies en société. Il s'agit en effet de deux manières différentes de concevoir « le social », on pourrait parler de deux « rationalités » différentes [Kontopodis *et al.*, 2011, p. 11]. Loin d'être opposées ou déconnectées, ces deux rationalités sont utilisées par les infirmières pour mettre en œuvre leurs pratiques, pour leur donner du sens et pour expliquer leurs complications, leurs succès, et également leurs échecs, comme on le verra par la suite.

9. Par le concept de supplément, Jacques Derrida décrit la double signification d'ajouter et de remplacer. Il écrit : « Mais le supplément supplée. Il ne s'ajoute que pour remplacer. Il intervient ou s'insinue *à-la-place-de* ; [...] Suppléant et vicaire, le supplément est un adjoind, une instance subalterne qui *tient-lieu*. [...] Chacune des deux significations s'efface à son tour ou s'estompe discrètement devant l'autre » [Derrida, 1967, p. 208]. Les deux significations du social présentes lors de l'enquête autour d'un cas, comme somme de relations infectieuses et comme déterminant de la vie des individus, existent dans une relation de supplément, avec des « inflexions » variant « d'un moment à l'autre » [ibid.]. Les deux significations penchent à tour de rôle du côté bactériologique ou du côté sociologique, selon la situation de l'entretien.





CONCLUSION

OPACITÉS ET POSTURES ÉTHIQUES

La tuberculose a régressé d'une manière très importante depuis la Seconde Guerre mondiale et ne représente plus un enjeu sociétal en Europe de l'Ouest, surtout si l'on compare la situation actuelle avec le début du XX^e siècle, quand cette maladie était encore un véritable fléau. D'une part, ce fait *épidémiologique*, renforcé par la disponibilité d'un traitement efficace, explique la nature pragmatique et peu interventionniste de l'enquête autour d'un cas aujourd'hui. D'autre part, l'accroissement de la gestion *économique* des problèmes de santé publique fait que l'intervention sociale n'est plus au premier plan dans la lutte contre la tuberculose. Elle est remplacée par l'objectif de la stricte identification du risque pathologique, dans une logique d'intervention sanitaire *rentable* économiquement – ne pas en faire trop, mais tout juste assez –, cela même si la définition du risque passe toujours par la connaissance sociale des personnes à prendre en charge. La sphère d'influence et d'action des services de prévention de la tuberculose s'est ainsi considérablement réduite depuis une quarantaine d'années et constitue un contre-exemple qui trouble l'image d'un pouvoir sanitaire s'étendant irréversiblement à l'époque contemporaine – image défendue par certains critiques de la santé publique [Alexias, 2008].

Mais la lutte contre la tuberculose n'a pas seulement été réduite pour des raisons épidémiologiques et économiques. Elle s'est également profondément *transformée*, pour des raisons scientifiques et éthiques. Aujourd'hui, les agents de la lutte contre la tuberculose essaient de rendre compte des conditions exactes de transmission de la tuberculose en s'appuyant sur des études scientifiques récentes. Ils tentent également de prendre en compte l'épaisseur de la vie sociale de leurs patients et de concevoir des actions compatibles avec les conditions sociales dans lesquelles leurs patients se trouvent [Kehr, 2009]. L'entretien d'entourage contemporain apparaît comme une action de santé publique ayant pour objectif de transformer les relations sociales d'un patient en un score de risque pour son entourage, et non pas de transformer son mode de vie, comme cela semble d'avoir été

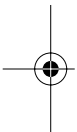


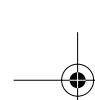
le cas autrefois¹⁰. L'enquête dans les relations sociales du patient est utilisée comme outil de travail et comme catégorie de décision pour déterminer un risque sanitaire précis. La pratique de l'enquête peut ainsi être décrite comme étant fondamentalement pragmatique et même guidée par une éthique de travail, ainsi que le montre un dernier exemple ethnographique.

Lors d'un staff, une infirmière rend compte d'un entretien d'entourage réalisé avec un patient originaire de Côte d'Ivoire. Il se trouve en France depuis 2006, n'a pas de titre de séjour et a travaillé sur un chantier quand il était contagieux. Même si ses collègues de travail devraient certainement être dépistés, l'infirmière sait pertinemment que le patient ne lui communiquera pas le nom de ses collègues ; une partie de ses contacts sociaux restera opaque pour les infirmières. Une partie du dépistage ne se fera pas. L'infirmière l'accepte, comme le font les autres infirmières et médecins présents lors du staff. Elles prennent en compte la situation sociale et administrative du malade, difficile à plusieurs titres, qui expliquera son silence quant à ses contacts au travail. L'opacité de sa vie sociale n'est pas interprétée comme un manque d'adhésion à un objectif de santé publique, mais comme une conséquence logique de ses conditions de vie. Les difficultés que le malade pourrait affronter à la suite d'un dépistage professionnel semblent plus importantes que la poursuite de l'objectif de prévention due au risque de tuberculose – une maladie que l'on sait soigner. Le regard panoptique décrit par Armstrong est remplacé par un regard beaucoup plus fragmenté et brouillé, avec lequel les infirmières ne peuvent pas – et ne veulent pas – pénétrer l'opacité de toutes les relations et l'épaisseur de toutes les situations sociales pour intervenir dans la vie quotidienne de leurs interlocuteurs.

Comme en témoignent les derniers exemples ethnographiques, la plupart des infirmières et des médecins adoptent des postures autocritiques et atteignent un haut niveau de réflexivité pendant leur travail quotidien au sein du CLAT dans lequel j'ai

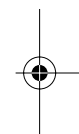
10. À ce sujet, j'aimerais remarquer que peu d'études historiques analysent *la pratique* des enquêteurs et des infirmières visiteuses du XX^e siècle existent, prenant en compte toutes les difficultés auxquelles les enquêteurs étaient confrontés, comme le précise Antje Kampf au sujet des pratiques de dépistage des maladies sexuellement transmissibles [Kampf, 2008].

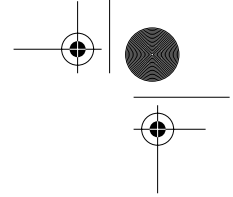




réalisé ma recherche. Ce que j'ai pu décrire comme une approche contemporaine de la lutte contre la tuberculose est de fait un reflet très localisé des pratiques d'enquête et d'entretien d'entourage. Ainsi, il serait peut-être plus juste de rendre compte de ce que j'ai pu rencontrer dans « mon » équipe comme une éthique *locale*¹¹, et non comme une manière contemporaine de réaliser l'enquête autour d'un cas ou de faire de la santé publique. Cette éthique locale contredit le portrait invasif et peu réflexif de la santé publique que brossent certains de ses observateurs critiques, dont Deborah Lupton. Elle écrit dans son ouvrage abondamment cité, « *The imperative of health* » : « Même si les promoteurs de la santé et les chercheurs ont depuis un certain temps critiqué les idéologies qui sont à la base des pratiques médicales, ils n'ont pas encore dirigé complètement cette critique vers leurs propres épistémologies et leurs propres pratiques » [Lupton, 1995, p. 1]. Cette position très suivie de Lupton date d'il y a quinze ans. D'une certaine manière, je considère que son argument est toujours juste, dans la mesure où elle ne cesse d'exiger des professionnels de santé davantage de postures réflexives et critiques quant à leur action et leurs idéologies. Pour la santé publique, cela est sans doute une exigence qui demande encore à être réalisée dans une plus grande mesure. Mais d'un autre côté, son propos programmatique sur la santé publique me semble aveuglé par une approche globale qui porte plus d'attention aux discours qu'aux pratiques, au risque de ne pas apercevoir les mises en questions et réflexions des agents faisant de la santé publique lors de leur travail quotidien. Ou comme le dit plus généralement Didier Fassin au sujet des pratiques de santé publique : « La santé publique n'apparaît plus désormais comme une idéologie déguisant un projet de 'contrôle social' [...]. La diversité des petits et des grands arrangements par lesquels elle doit composer avec le monde réel invite à en relativiser le poids et à la considérer aussi dans sa dimension

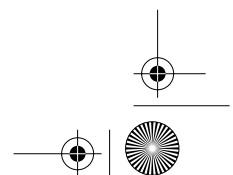
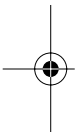
11. Le concept d'éthique locale tel que je l'utilise dans ma thèse est inspiré du concept de « biologie locale » de Margaret Lock [Lock et Nguyen, 2010]. En transposant le concept de Lock dans le champ de l'éthique, il n'est pas seulement possible de penser l'utilisation conjointe du social et du biologique, mais également les différents contextes éthiques façonnant des pratiques locales, du local au global. Autrement dit il devient possible de penser la localité, la *situatedness*, des pratiques professionnelles dans la *longue durée* éthique, politique et sociale, sans pour autant négliger l'association à l'« universel » dans le mot éthique.





pragmatique » [Fassin, 2001]. Une approche axée sur les pratiques, comme j'ai essayé de le défendre dans mon article, peut plus facilement rendre visibles les réflexions et les mises en cause de soi qui accompagnent les acteurs de la santé publique dans leurs actions « sur le terrain », et peut ainsi participer à la construction d'une image moins cynique de la santé publique contemporaine. Elle peut même contribuer à rendre pensables des formes de santé publique qui ne sont pas panoptiques et interventionnistes à tout prix, qui acceptent que certaines vies sociales résistent à leur regard.

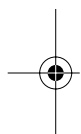
Le dernier exemple ethnographique a montré qu'il y a des limites à la bactériologisation des « interstices sociaux » par la santé publique, et que la situation sociale du patient et la complexité de sa vie peuvent être respectées par les infirmières. Les infirmières n'étaient pas aveugles face à l'épaisseur de la vie quotidienne de leurs interlocuteurs, ni face au « social » qui la produit. Et, comme d'autres exemples dans cet article l'ont montré, elles étaient également conscientes que ce même « social » épais détermine en partie les conditions de possibilité dans lesquelles elles se trouvent pour faire de la santé publique. Ainsi, les infirmières et les médecins étaient loin d'appliquer les objectifs de santé publique à la lettre, sans réflexivité critique ou distance pragmatique ; ils allaient même jusqu'à les abandonner par moments. L'exemple de la pratique de l'enquête autour d'un cas montre ainsi que ce n'est pas seulement le « social » qui a été progressivement « colonisé » par la médecine et la santé publique. C'est également le « sociologique » – c'est-à-dire une façon critique de problématiser la maladie, la vie avec une maladie ou encore les conséquences des inégalités sociales – qui a suppléé le « bactériologique » au sein de la lutte contre la tuberculose. Ou peut-être devrait-on dire que le sociologique a *repris possession* de la place que des théoriciens comme Rudolf Virchow en Allemagne ou Jules Guérin en France lui avaient réservée dans leurs réflexions autour de la médecine sociale, avant même que la lutte contre la tuberculose ne s'institutionnalise comme une pratique de santé publique.





BIBLIOGRAPHIE

- AISSA K., MADHI F., RONSIN N., DELAROCQUE F. *et al.* (2008), « Evaluation of a Model for Efficient Screening of Tuberculosis Contact Subjects », *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 177, p. 1041-1047.
- ALEXIAS G. (2008), « Medical Discours and Time : Authoritative Reconstruction of Present, Future and Past », *Social Theory and Health*, 6, p. 167-183.
- ANTOINE D. et CHE D. (2009), « Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2007 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, mars 2009 (12/13), p. 106-109.
- ARMSTRONG D. (1983), *Political Anatomy of the Body. Medical Knowledge in Britain in the twentieth Century*, Cambridge University Press, Cambridge.
- BARNES D. (1995), *The Making of a Social Disease, Tuberculosis in Nineteenth-Century France*, University of California Press, Berkeley.
- BOURDIEU P. (1996), *Raisons pratiques : Sur la théorie de l'action*, Seuil, Paris.
- BRÖCKLING U., KRASMANN S., LEMKE T. (2000), *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*, Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- DERRIDA J. (1967), *De la grammatologie*, Minuit, Paris.
- DURKHEIM E. (1973 [1894]), *Les Règles de la méthode sociologique*, Presses universitaires de France, Paris.
- FAIRCHILD A., OPPENHEIMER G., COLGROVE J. (2007), *Searching Eyes. Privacy, the State, and Disease Surveillance in America*, University of California Press, Berkeley.
- FASSIN D. et FASSIN E. (2006), *De la question sociale à la question raciale ? Représenter la société française*, La Découverte, Paris.
- FASSIN D. (2001), « Au cœur de la cité salubre. La santé publique entre les mots et les choses », in Dozon J.-P. et Fassin D. (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Balland, Paris, p. 47-73.
- FLECK L. (1980 [1935]), *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- GORIS I., JOBARD F., LÉVY R. (2009), *Police et minorités visibles : les contrôles d'identité à Paris*, Open Society Justice Initiative, New York.
- GUILLAUME P. (1986), *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^e et XX^e siècles*, Aubier, Paris.
- JOBARD F. (2006), « Police, justice et discriminations raciales », in Fassin D. et Fassin E. (dir.), *De la question sociale à la question raciale ? Représenter la société française*, La Découverte, Paris, p. 211-229.
- KAMPF A. (2008), « A 'little world of your own': stigma, gender and narratives of venereal disease contact tracing », *Health : An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 12 (2), p. 233-250.
- KEHR J. (2009), « The Politics and Poetics of Migrant Tuberculosis : Modelling a "Social Disease" in French Public Health », in Kalitzkus V. et



- Twohig P. (dir.), *The Tapestry of Health, Illness and Disease*, Rodopi, Amsterdam, p. 99-124.
- KNOWLES C. (1999), « Race, identities and lives », *Sociological Review*, 47 (1), p. 110-134.
- KOBELINSKY C. (2009), *L'accueil des demandeurs d'asile en France. Une ethnographie de l'attente*, Thèse pour l'obtention du doctorat, École des hautes études en sciences sociales, Paris.
- KONTOPODIS M., NIEWÖHNER J., BECK S. (2011, *in print*), « Investigating emerging biomedical practices : zones of awkward engagement on different scales », *Science, Technology & Human Values*, p. 1-15.
- LOCK M. et NGUYEN V. (2010), *An Anthropology of Biomedicine*, John Wiley and Sons, Oxford.
- LUPTON D. (1995), *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*, Sage Publications, London.
- ROSE N. (1999), *Powers of Freedom. Reframing Political Thought*, Cambridge University Press, Cambridge.
- SPIRE A. (2008), « Histoire et ethnographie d'un sens pratique. Le travail bureaucratique des agents de contrôle de l'immigration », in Arborio A., Cohen Y., Fournier P. (dir.), *Observer le travail*, La Découverte, Paris.

Documents

- COMITÉ NATIONAL D'ÉLABORATION DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE (2007), *Programme de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009*, Paris.
- GRUPE DE TRAVAIL DU CSHPF (2006), *Enquête autour d'un cas de tuberculose. Recommandations pratiques*, Paris.